

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

189

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 mars 1909, à 1 heure

PAR

Emile GAUTHIER

Ancien interne de l'hôpital de Limoges
Ancien lauréat de l'école de Limoges
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique.

L'ULCÈRE LEUCOPLASIQUE

ET LES

Ulcérations de la Leucoplasie

Président : M. RECLUS, *professeur*
Juges { MM. SEGOND, *professeur*
PIERRE DUVAL, *agrégé*
OMBREDANNE, *agrégé*

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1909

189

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS.	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale.	{ BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.	{ DEJERINE
Anatomie pathologique.	{ LANNELONGUE
Histologie.	{ PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	{ PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	{ HARTMANN
Thérapeutique.	{ POUCHET
Hygiène.	{ GILBERT
Médecine légale.	{ CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	{ THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	{ N...
Clinique médicale.	{ ROGER
	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
	{ HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
Clinique chirurgicale.	{ DELBET
	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique.	{ DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	{ ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	{ PINARD
	{ BAR
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	{ POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	{ KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	{ ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOFFER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL
CARNOT	JEANSELMÉ	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Gauthier

I

L'Ulcère Leucoplasique

ET LES

Ulcérations de la Leucoplasie

AVANT-PROPOS

C'est pour nous un devoir et un devoir agréable de remercier ici ceux de nos maîtres dont l'enseignement nous a été profitable et en particulier ceux qui se sont intéressés à nous.

C'est tout d'abord nos premiers maîtres de l'école de Limoges : MM. Raymondeau, Lemaître et Chénieux dont nous avons été l'interne.

Après avoir subi l'obligatoire stage dans les services que nous n'avions pas choisis, nous avons utilement profité de l'enseignement amical de M. Belin et de celui de MM. Legry, Siredey, Apert, Hallé et Menard, le distingué chirurgien de l'hôpital maritime de Berck, auprès de qui nous avons eu la chance d'être appelé à remplir les fonctions

d'interne. Mais personne ne saurait nous en vouloir de réserver une place à part à deux de nos maîtres en chirurgie, M. le Dr Donnet qui, avec amitié, patience et peine, a dirigé nos débuts ; et le Dr Campenon dont nous avons à chaque instant senti l'amitié, qui nous a prodigué ses leçons et ses conseils et nous a montré jusqu'où pouvaient être poussées ces deux grandes vertus qui sont, ou devraient être toute la médecine : l'amour de la clinique et le respect du malade. Nous lui devons le meilleur de ce que nous savons et avons souvent regretté les heures trop courtes que nous avons passées auprès de lui.

Nous gardons une grande dette de reconnaissance envers M. le Dr Veau, pour l'amitié qu'il a bien voulu nous témoigner, et nous sommes aussi particulièrement reconnaissant à notre maître, M. Darier, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et dont l'enseignement méthodique, les explications toujours bienveillantes et sûres nous permettent maintenant de nous reconnaître un peu au milieu du polymorphisme et de la polynomie des affections cutanées.

Enfin nous remercions vivement M. Arrou pour l'aimable accueil qu'il nous a fait dans son service, ce qui nous a permis de suivre pendant cette dernière année son enseignement à la fois si riche, si varié et si pratique et remercions aussi MM. Fredet et Robineau qui l'ont suppléé dans son service à la Pitié.

CHAPITRE PREMIER

Que sait-on de la leucoplasie ?

Bien que nous ne voulions étudier dans ce travail que les ulcérations que l'on voit se développer sur les plaques de leucoplasie et en particulier celle à laquelle nous réserverons le nom d'ulcère leucoplasique, on a tant discuté sur la leucoplasie, et on discute tant sur elle encore aujourd'hui en ce qui concerne son étiologie et sa pathogénie, que nous croyons bon de retracer rapidement ici l'histoire de cette affection.

HISTORIQUE

Après avoir reçu tour à tour les noms d'*Ichthyose buccale* (Plumbe et Abibert), de *Tylose linguale* (Clarke et Lailler), de *Psoriasis buccal* (Bazin) par des auteurs qui ne la considéraient pas comme une affection nouvelle et l'assimi-

laient aux maladies déjà connues, l'histoire de la maladie entra dans une deuxième phase avec Schwimmer, Erasmus Wilson, Vidal et Besnier qui l'individualisèrent et lui donnèrent successivement les noms de *leucoplaskia*, *leucoplasie*, *leucokératose*. Ce dernier terme, dû à Besnier, bien que préférable à beaucoup d'égards, n'a pu malheureusement prévaloir sur celui de leucoplasie sous lequel la maladie est communément désignée aujourd'hui.

SYMPTOMES

Clinique. — La partie clinique est sans contredit la mieux connue et les auteurs qui se sont succédé n'ont guère ajouté à la magistrale description qu'en avait donné Bazin (1).

Le début est absolument insidieux et la marche presque insensible. On lit partout qu'à l'endroit où se développera la plaque blanche on voit apparaître des taches érythémateuses ordinairement lisses, mais parfois hérissées de petites granulations dues à la saillie des papilles fangi-formes. Cette phase hyperhémique durerait en général plusieurs mois. Nous n'avons jamais assisté à cette transformation et ne pouvons confirmer ces faits ; mais nous avons vu, ainsi qu'en témoigne du reste une de nos obser-

1. Bazin. Leçon sur les affections cutanées arthritiques et dartreuses (1863), 2^e édition.

vations, de ces taches érythémateuses exister sur des langues présentant déjà, dans le voisinage, des plaques de leucoplasie. Et on est amené à penser que ces taches étaient appelées à présenter dans un délai relativement court l'altération leucoplasique. Cette altération consiste en une modification triple de l'épithélium portant à la fois sur l'aspect, l'épaisseur, la consistance. On voit en effet l'épithélium se troubler peu à peu et prendre, à la longue, une couleur qui varie du blanc bleuâtre au blanc de lait.

Au début la teinte bleuâtre ne se voit bien qu'après qu'on a pris soin de déterger la muqueuse avec un linge ; la teinte rappelle alors les irisations de la nacre, et au-dessous des cellules superficielles, transparentes, on aperçoit la couleur blanche des couches profondes. Puis la plaque prend une teinte blanc grisâtre ou blanc d'argent, et c'est même sous cet aspect que la leucoplasie se rencontre le plus fréquemment. Elle rappelle alors assez bien la teinte d'une surface ulcérée récemment cautérisée avec le crayon au nitrate d'argent. La couleur blanc laiteux ne s'observe guère que sur les joues et lorsqu'elle siège à la langue, la plaque, surtout au niveau des bords, prend parfois un aspect miroitant.

Souvent les plaques restent minces et translucides et sont mieux vues quand on les regarde sous une certaine incidence ou [un peu à jour frisant ; mais d'ordinaire il existe un épaissement plus ou moins marqué en rapport avec l'âge et la marche de la maladie. Quand cet épaissement atteint plusieurs millimètres, on voit alors la plaque blanche faire une légère saillie. Plus rarement

les plaques sont légèrement déprimées, ce qui est dû à l'atrophie des papilles comprimées par l'épaississement de l'épithélium. Les tissus deviennent résistants, la plaque devient parcheminée, sèche, par suite de l'état corné de l'épiderme et de l'infiltration du derme sous-jacent. Comme l'épaississement qui résulte de cette néo-formation n'est pas régulier, il en résulte des néo-formations circonscrites qui peuvent faire penser à un processus épithéliomateux. Quelquefois la kératinisation est telle que le raclement avec l'ongle ou la curette fait entendre un crépitement désagréable. Les plaques, indépendamment de leur couleur spéciale et de leur surface ordinairement lisse et unie, présentent souvent des rugosités qui leur donnent un aspect chagriné, irrégulier ; et à un degré plus marqué on voit de petites saillies dures, cornées, qui peuvent arriver à prendre un aspect franchement papillomateux. D'autrefois, ce sont des plis, des rides, des sillons, des fissures, des îlots érosifs et des ulcérations véritables sur lesquelles nous reviendrons.

La leucoplasie à la langue, siège presque toujours à la face dorsale en avant du V lingual. Elle est plus rare au niveau des bords et très rare à la face inférieure. On aurait vu des cas où la muqueuse entière était envahie et formait à l'organe une sorte de cuirasse. En dehors de ces cas, tout à fait exceptionnels, la leucoplasie affecte la forme de taches ou de nappes de dimensions variables. Lorsque la leucoplasie est légère, la transition avec la muqueuse saine se fait d'une façon insensible. Dans les cas de leucoplasie « accentuée » au contraire la ligne frontière est très nette, mais irrégulière, brisée, ce qui donne

à la plaque un aspect sinueux. Tant que la plaque est en voie d'extension on constate tout autour une bordure rouge, connue depuis longtemps sous le nom de liseré de Schwimmer, et qui témoigne d'une légère inflammation.

La leucoplasie est encore fréquente à la face postérieure des lèvres, notamment de la lèvre inférieure et sur la muqueuse des joues où elle affecte la forme d'un triangle à base antérieure.

Après la bouche ce sont les organes génitaux qui sont le plus fréquemment atteints. Rare au niveau du gland et du prépuce chez l'homme, elle est plus fréquente sur la muqueuse vulvaire et vaginale de la femme. On la rencontrerait encore assez souvent au niveau de la muqueuse ano-rectale. Quant aux autres localisations elles constituent des cas tout à fait exceptionnels. C'est ainsi qu'on a pu rencontrer la leucoplasie sur la muqueuse du col utérin, du larynx, du pharynx, des fosses nasales, de la caisse du tympan et jusque sur la cornée et sur la muqueuse de l'appareil excréteur de l'urine. Nous ne rappelons ces faits que pour mémoire.

On a parlé de desquamation, mais Besnier fait remarquer que si l'on peut enlever avec l'ongle des lambeaux épidermiques d'assez grande dimension, ceux-ci ont des bords minces, déchiquetés, ce qui atteste que la desquamation est ici un fait non pas essentiel mais éventuel. La leucoplasie est sujette à des poussées inflammatoires, la desquamation est alors plus facile et le malade, agacé par une sensation d'irritation continuelle, arrache avec ses dents de petits lambeaux pellucides qui laissent la mu-

queuse rouge, décapillée, sensible, sans qu'il y ait pour cela d'excoriation vraie.

En dehors de ces poussées inflammatoires, l'affection a une marche lente des plus chroniques, la durée des plaques est absolument illimitée.

La leucoplasie peut guérir, et cela même relativement vite, s'il s'agit d'une forme légère et bénigne, ordinairement elle persiste toute la vie et expose à des complications de deux ordres ; les unes purement mécaniques et bénignes et d'autre part la transformation épithéliale.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la leucoplasie est facile et n'offre guère de difficultés qu'avec le *lichen plan des muqueuses*, les caractères différentiels sont cependant assez nets.

Celui-ci siège surtout aux joues. Il occupe le niveau de l'interligne dentaire et débute en arrière à la hauteur des molaires ; tandis que la leucoplasie jugale débute au niveau de la commissure des lèvres. Ordinairement symétrique le lichen est assez souvent cependant unilatéral, tandis que la leucoplasie existe presque toujours des deux côtés quoique souvent à un degré inégal. Analogues à la leucoplasie par leur couleur qui suivant le degré varient du blanc bleuâtre au blanc mat, les taches du lichen plan en diffè-

rent surtout par la distribution et par la forme. Tandis que dans la leucoplasie la tache est constituée par une couche régulière formant plaque, on remarque, en y regardant de près dans le lichen, que, loin de former une nappe uniforme, les taches sont formées par un réseau de travées irrégulières formant un réseau à mailles d'inégales grandeurs. Aux points nodaux se trouvent de petits renflements et les contours des taches sont irréguliers, déchiquetés; aussi M. Darier a-t-il l'heureuse habitude de comparer les taches du lichen plan à des lambeaux de dentelle. Jamais, dit cet auteur, il ne présente d'érosion ou de desquamation.

Beaucoup plus rare à la langue, quand il envahit cet organe, dit M. Darier dans son récent *Précis de dermatologie*, « il se présente soit sous forme de taches d'un blanc mat, bleuté, plus petites que des lentilles, soit sous forme de trainées ou de surfaces opalines à bords mal définis d'où émergent quelques papilles rosées ».

On a pu comme pour la leucoplasie l'observer à titre de rareté sur d'autres muqueuses à épithélium pavimenteux. Il coexiste le plus souvent avec les manifestations cutanées de l'affection; mais peut être indépendant.

Les lésions histologiques sont ici les mêmes que celles du lichen plan de la peau. (Darier.)

Nous verrons plus loin les caractères sur lesquels se basent certains auteurs pour retrancher du cadre de la leucoplasie les glossites chroniques superficielles, les plaques opalines des verriers, et les plaques.

Le *muquet*, affection parasitaire propre aux nourrissons et aux cachectiques, caractérisée par un enduit blanc de

lait peu adhérent, ne saurait même objectivement être confondu un seul instant avec la leucoplasie.

A peine peut-on hésiter entre la leucoplasie et les *plaques muqueuses opalines*, ces dernières qui constituent la forme de plaques muqueuses dite « en pastille de menthe » sont papuleuses, siègent de préférence aux bords où à la pointe et volontiers dans le voisinage d'une dent cariée aussi sont-elles souvent érosives ou fissurées.

A la vulve la leucoplasie doit être différenciée de l'atrophie scléreuse de la vulve avec laquelle beaucoup d'auteurs la confondent. « Le kraurosis de la vulve est une lésion *dermique* (Jayle) qui, dit M. Thibierge (1), atteint les téguments vulvaires dans toute leur étendue, tandis que la leucoplasie est le plus souvent limitée aux parties latérales. Les tissus prennent un aspect lisse, brillant, blafard, jaune clair analogues à un foie d'oie. Par places on peut voir des taches rouges ou brunes formées par des réseaux vasculaires ; mais jamais il n'y aurait d'épaississement épidermique, rien qui mérite le nom de tache blanche, rien qui rappelle même de loin la leucoplasie. »

1. Thibierge. *In Annales de dermatologie*, 1908.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Histologiquement on remarque, dans les cas simples, un épaissement très marqué de la couche cornée composé d'assises cellulaires annuclées. La couche de Malpighi, très augmentée également, envoie du côté du chorion des prolongements hypertrophiés. Entre ces deux couches, le stratum granulosum, qui manque dans les muqueuses à l'état normal, apparaît ici plus développé que dans l'épiderme cutané non altéré et présente de trois à huit assises. L'éléidine qui caractérise cette couche est très abondante, elle existe aussi entre les cellules où elle peut former de véritables lacunes, et diffuse jusque dans les couches cornées. Le chorion muqueux est épaissi, sclérosé, on y voit une infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux, ce qui amène des troubles de la nutrition. Lorsque la prolifération épithéliale est très active, les papilles sont étouffées au milieu du bourgeonnement cellulaire ; dans le cas contraire, qui est plus fréquent, elles apparaissent hypertrophiées.

ÉTIOLOGIE

La leucoplasie s'observe surtout chez l'homme entre trente et trente-cinq ans, bien qu'exceptionnellement on ait pu la rencontrer au-dessus de douze ans. Les femmes ne sont atteintes que dans la proportion de 1/20.

Sans nous arrêter sur l'arthritisme, doctrine naguère si en vogue, aujourd'hui déchue et détournée de son sens, il semble cependant, d'après les auteurs les plus récents, que l'on puisse admettre une prédisposition individuelle, indépendante de toutes les autres causes connues.

Les causes prédisposantes locales sont représentées par les irritations de toutes sortes et notamment par l'usage du tabac à qui personne ne refuse au moins le rôle de cause occasionnelle.

Mais presque toutes les discussions portent sur l'importance que l'on doit accorder à la syphilis comme facteur étiologique.

A l'exception de von Bergmann qui la nie énergiquement, tous les auteurs lui accordent un rôle considérable; mais tandis que le plus grand nombre se contentent de lui accorder la place de beaucoup prépondérante parmi les affections leucoplagènes, d'autres veulent la rendre responsable de tous les cas de leucoplasie et en faire la cause vraiment efficiente.

Telle est l'importance des discussions à ce sujet et des

données d'ordre clinique et thérapeutique qui s'y rattachent que nous ne saurions n'en point donner ici un aperçu.

Kaposi fut le premier et le seul pendant longtemps qui soutint que le « kératosis » était d'origine syphilitique, il est vrai que plus tard il admit une variété non syphilitique. En France, le professeur Landouzy avait dit depuis longtemps : « La leucoplasie est propre aux syphilitiques » et récemment encore il soutenait la même opinion devant l'Académie de Médecine, mais c'est surtout le professeur Gaucher qui, dans un mémoire avec M. Sergent, dans ses cliniques, dans des thèses qu'il a inspirées (1) et dont une serait, paraît-il, actuellement en préparation, a défendu cette idée et pour lui il n'y a point de leucoplasie sans syphilis.

Les statistiques les plus favorables à cette thèse sont celles de :

M. Fournier qui accuse 259 syphilis sur 324 cas de leucoplasie ; M. Barthélemy, 68 syphilis sur 84 ; M. Gaucher et son élève Lacapère, 71 sur 85, soit 80 0/0 en moyenne.

Et M. Gaucher n'hésite point à imputer à la syphilis les quatorze cas qui déparent sa statistique, car, d'après lui, une affection qui se retrouve avec une fréquence de 80 0/0 des cas doit exister dans la totalité, surtout quand il s'agit de la syphilis, maladie qui se cache plus que toute autre et que l'on voit journellement être ignorée par des malades que l'on ne saurait accuser de mauvaise foi. De plus il fait

1. Gaucher et Sergent. « Anatomie pathologique, nature, et traitement de la leucoplasie buccale. » *Archives de médecine expérimentale* de 1900, p. 465. — Trappenard, thèse de Paris, 1904.

appel à la syphilis héréditaire pour les cas où la syphilis acquise ne paraît vraiment pas pouvoir être invoquée.

C'est cette thèse que son élève M. Milian a longuement soutenue dans son rapport au Congrès de Lisbonne (1906). De par le simple raisonnement, il établit que la leucoplasie, affection fréquente à marche subaiguë ou chronique, ne peut reconnaître comme cause étiologique qu'une maladie à marche subaiguë ou chronique : la syphilis ou la tuberculose. Cette dernière ne méritant pas d'être prise en considération dans le cas particulier, c'est donc la syphilis qui est la vraie cause de la leucoplasie ; et il étaye son raisonnement sur des preuves d'ordre pathogénique d'évolution, clinique, thérapeutique et anatomique. Nous ne voulons point discuter les arguments de M. Milian, ce qui nous éloignerait de notre sujet ; rappelons seulement les paroles du professeur Fournier lui-même, qui à propos des 65 cas où les antécédents syphilitiques font défaut dans sa statistique dit : « Il me paraît plus qu'imprudent, il me paraît exagéré de croire que ces 65 cas puissent être imputés à des syphilis soit acquises, soit héréditaires qui seraient restées méconnues. »

Avant d'aborder la syphilis, M. Milian dans son rapport fait la critique de trois ordres de causes considérées comme leucoplagènes et essaye de séparer les lésions qu'elles engendrent de la leucoplasie, ce sont :

Les troubles stomacaux que Schwimmer avait déjà incriminés et sur lesquels insiste Brocq, comme capables d'engendrer des glossites dyspeptiques chroniques ;

Les irritations mécaniques des souffleurs de verre,

décrites par Gimard (1) sous le nom de plaques opalines professionnelles, consisteraient en un état blanc de l'épithélium survenant dans les deux ou trois premiers mois de la profession, débutant autour du canal de Sténon, restant localisé aux parties latérales des joues, étant plus marqué du côté où l'ouvrier a l'habitude de porter sa canne. Ces plaques ne s'ulcèrent jamais et pour toutes ces raisons doivent être rejetées du cadre des leucoplasies ;

Enfin le tabac. M. Milian prétend que la leucoplasie d'origine nettement tabagique, qui pourrait reconnaître comme la précédente un état de cuisson de l'épithélium, est fort rare, ne se rencontre pas dans plus de 2 0/0 des cas et se manifeste, d'après lui, par des caractères spéciaux qui pourraient la faire distinguer de la leucoplasie vraie. Elle siège au niveau des commissures labiales où elle affecte la forme d'un triangle à base antérieure. Ces plaques ont une coloration opaline, légèrement quadrillée, n'atteignant jamais les lèvres ni la langue. Et l'auteur conclut que le tabac n'est que rarement la cause directe d'une leucoplasie jugale légère qui n'a rien de comparable à la leucoplasie classique dite idiopathique.

Qu'il nous soit permis de dire qu'en ce qui concerne ce dernier cas tout au moins ; nous trouvons les conclusions de l'auteur exagérées. Les arguments invoqués, tels que la présence de plaques de leucoplasie chez les femmes et chez les gens qui ne fument pas, l'existence de leucoplasies balano-préputiales, vulvo-vaginales sont en trop petit nombre par rapport aux leucoplasies buccales pour avoir

1. Gimard, Thèse de Lyon, 1880.

la valeur qu'il veut leur prêter. Et d'autre part, le fait que M. Fournier a établi que la leucoplasie se rencontre chez les fumeurs dans une proportion de 97 0/0, plaide assez en faveur du tabac, que les auteurs ont toujours regardé du reste, comme une des grandes causes de la leucoplasie et de ses méfaits ; et l'on sait qu'avec Buzenet on a longtemps appelé la leucoplasie la plaque des fumeurs. Il est bien difficile d'admettre que le tabac, que M. Milian dit être la cause de la plaque des fumeurs, limite son action à la muqueuse de la joue sans atteindre l'épithélium des lèvres qui est identique et celui de la langue qui n'en diffère qu'assez peu. Cela d'autant plus que, pour prédominer d'un côté, ces plaques sont ordinairement bilatérales, malgré l'habitude bien connue des fumeurs de toujours porter la pipe ou la cigarette du même côté. Du reste, il est logique de penser que l'altération de l'épithélium ne reconnaît pas seulement pour cause l'action de la fumée chaude, mais encore celle des principes toxiques propres au tabac, ainsi qu'en attestent les cas de leucoplasie du sillon gingivo-jugal chez des individus qui ne faisaient usage que de la chique.

Citons, pour conclure, ces lignes que nous empruntons au manuel de M. Darier, dont on connaît la haute compétence en matière de leucoplasie :

« Dans la grande majorité des cas la leucoplasie se développe sur un terrain syphilitique, mais je pense avec Brocq, que même en invoquant l'hérédo-syphilis, il n'est pas justifié de la considérer comme une affection toujours parasymphilitique ainsi que le soutient le professeur Gauthier. Il est des cas où la syphilis manque ou l'arthritisme

au sens actuel du mot, les auto-intoxications sont manifestement en jeu. De plus une prédisposition individuelle semble nécessaire.

« Jusqu'à plus ample informé il est d'ailleurs impossible de juger si l'on doit admettre une leucoplasie syphilitique, une autre nicotinique, une autre dentaire, post-infectieuse, etc., différant par leurs symptômes et leur évolution ; ou si la leucoplasie est un syndrome résultant de causes diverses, une modification de l'évolution épithéliale consécutive à des lésions vasculaires infectieuses ou toxiques, cette hypothèse est à mon sens plus vraisemblable ».

Mais le point capital, celui autour duquel se concentre tout l'intérêt de la leucoplasie, est de connaître le lien qui unit la leucoplasie à l'épithélioma. Depuis fort longtemps le rapport des deux affections est connu puisque dès 1862 Négligam avait signalé la fréquence de l'évolution épithéliale terminale dans les leucoplasies (1). M. Morris et F. Clarke rappelèrent cette notion sur laquelle insistèrent particulièrement en 1875 Robert Weir en Angleterre et U. Trélat en France.

On sait que le cancer de la langue sur leucoplasie se présente sous deux formes, le cancer papillaire et le cancer interstitiel.

Tandis que le second débute d'emblée profondément au niveau d'une fissure durant depuis un certain temps et donne naissance à une tumeur circonscrite ligneuse s'étendant par rayons, le premier, tout différent, et beaucoup

1. Dublin. *Quarterly journal of medicine science.*

plus fréquent, débute superficiellement, s'étend d'abord en surface, et ce n'est que plus tard qu'il gagne les tissus profonds. Il existe des exceptions où le cancer de la langue s'est développé indépendamment de toute altération leucoplasique préalable et il nous a été donné d'en voir deux exemples ; mais dans l'immense majorité des cas c'est sur une plaque de leucoplasie que se développe le cancer.

On le rencontre surtout dans les cas anciens et dans les formes graves, mais on peut l'observer aussi dans les cas récents et légers. Les chiffres donnés au sujet de transformation des leucoplasies en épithéliomas sont très variables ; cette fréquence est en effet difficile à chiffrer. On cite généralement les chiffres de 30 et même 50 0/0. M. Darier dit que « le taux de 15 à 20 0/0 lui semble plus près de la vérité ». Comment alors expliquer les relations des deux affections ?

La leucoplasie joue-t-elle seulement le rôle de point d'appel ? ou la leucoplasie n'est-elle pas déjà le stade initial d'un cancer en évolution, n'est-elle pas déjà un premier degré de cancer ?

C'est cette deuxième hypothèse plus récente et plus neuve qu'ont les premiers adoptée M. le professeur Ledentu et ses élèves Cestan, Pettit, Pichevin, qui se sont appuyés sur les recherches anatomo-pathologiques de ces dernières années et sur l'évolution clinique de la maladie. Certains auteurs parmi lesquels les professeurs Ledentu et Reclus auraient vu, dans quelques cas, la maladie arrivée au stade d'épithélioma confirmé, évoluer avec une lenteur particulière qui serait à rapprocher, d'après eux, de la

marche essentiellement lente et presque insensible de la plaque leucoplasique.

Cependant si cette hypothèse semble avoir séduit certains esprits autorisés, la majorité se refusent encore à voir dans les caractères histologiques qui ont été donnés comme reliant les deux affections, un lien suffisant pour identifier les deux lésions. On admet donc, plus généralement, que la leucoplasie, qui peut être engendrée par des causes multiples, ne fait que créer une simple prédisposition à l'épithélioma, soit en facilitant l'entrée des germes supposés épithéliogènes, soit en produisant des altérations cellulaires entraînant une modification clinique de leur protoplasma et une exagération monstrueuse de leur pouvoir kariokynétique, selon que l'on adopte l'une ou l'autre des deux théories pathogéniques du cancer.

Mais le point délicat est alors de savoir quand se fait cette transformation de la leucoplasie ou tumeur maligne afin d'intervenir rapidement, car seule une intervention précoce peut permettre d'espérer un résultat durable. Ce point délicat a toujours préoccupé les cliniciens et l'on se base sur les caractères suivants rassemblés par Leloir.

On doit craindre la transformation épithéliale d'une leucoplasie, dit cet auteur :

- α 1° Quand la plaque jusqu'alors lisse se papillomatose ;
- 2° Quand la plaque jusqu'alors souple et mince s'épaissit et s'indure ;
- 3° Quand une fissure ou ulcération persiste pendant longtemps, s'étend et surtout s'entoure d'un noyau induré ;
- 4° Quand enfin les ganglions du territoire correspondant

se montrent avec les caractères des ganglions cancéreux : petits, durs, roulant sous le doigt, etc. »

Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien ces signes sont vagues et difficiles à apprécier, puisqu'on va jusqu'à atteindre l'engorgement ganglionnaire. Or nous savons, malheureusement, que lorsque les ganglions sont envahis dans le cancer de la langue il est, peut-on dire, trop tard, et cela non seulement à cause de la récurrence, mais aussi par suite de l'infection, de la septicémie qui se produisent dès qu'on fait communiquer le foyer d'opération de la bouche avec celui du cou. Les soins les plus minutieux et les moyens de désinfection les plus énergiques sont souvent impuissants à les conjurer. Quoique la méthode d'opération en deux temps, l'un exclusivement buccal, suivi à quelques jours de distance, quand la cicatrisation est complète, d'une opération exclusivement cervicale, ainsi que l'ont préconisé Buttlin en Angleterre et Poirier en France, ait amélioré le pronostic, le résultat doit toujours être considéré comme des plus aléatoires. C'est donc commettre une lourde faute que d'attendre la présence des ganglions. La langue est tributaire de groupes ganglionnaires multiples représentés par les ganglions sous-mentaux, sous-maxillaires et carotidiens profonds; et Kutner a montré que les lymphatiques de la muqueuse étaient en partie croisés, d'où la quasi-impossibilité de faire un évidement ganglionnaire complet qui seul pourrait être efficace.

Dès que se montrent des ganglions cliniquement appréciables, le malade peut être considéré comme voué à une mort horrible à laquelle les plus habiles parmi les chirur-

giens ne sauraient que bien exceptionnellement le faire échapper. A son état lamentable, aux horribles souffrances qui l'attendent s'ajouteront encore les tourments moraux apportés par l'inévitable récurrence si l'opération est pratiquée.

C'est ce qu'avaient observé déjà les premiers opérateurs et on sait qu'après avoir longtemps lutté avec son opiniâtreté et son adresse opératoire contre le cancer de la langue, Trélat en était arrivé à cette formule : « Quand il n'y a pas de ganglions j'opère, quand il y a des ganglions je n'opère pas. » Si beaucoup de chirurgiens sont plus hardis aujourd'hui, on peut dire qu'il est de règle de voir leurs efforts infructueux.

Lors donc qu'il se trouvera en présence d'une leucoplasie ulcérée, étant donné la lenteur de réparation des lésions même dans les cas simples, l'épaississement scléreux et souvent irrégulier du derme que l'on trouve à la base de toute leucoplasie, le clinicien peut être plongé dans un cruel embarras et être amené soit à perdre un temps précieux en essayant le traitement antisiphilitique, ou des cautérisations qui ne font qu'irriter les lésions ou encore la radiothérapie, inefficace dans ce cas (Darier) ; soit, pour disputer son malade à la mort lamentable dont il est menacé, à pratiquer une opération inutile.

Aussi croyons-nous faire œuvre utile en apportant des caractères cliniques qui permettent, dans un certain nombre de cas, d'affirmer que telle ulcération leucoplasique n'est point le fait d'une transformation maligne et d'éviter par suite, en toute sécurité, au malade une opération aussi grave que celle qui consiste à enlever la moitié ou les

deux tiers de la langue. C'est pour cela que nous allons étudier les ulcérations de la leucoplasie et en particulier l'ulcère leucoplasique, qui fait le principal objet de ce travail.

CHAPITRE II

Etude des ulcérations de la leucoplasie

Les ulcérations que l'on peut voir se développer sur la leucoplasie sont de quatre ordres :

- 1° *La fissure simple ;*
- 2° *L'ulcère leucoplasique ;*
- 3° *L'ulcère syphilitique ;*
- 4° *L'ulcère épithéliomateux.*

Trois de ces variétés ont des caractères connus. Seule l'étude de l'ulcère leucoplasique n'a point été faite jusqu'ici. Nous n'avons point même trouvé cette lésion mentionnée. Il est bien difficile, en effet, de savoir si c'est à elle que fait allusion la phrase suivante de M. le professeur Debove qui, après avoir parlé des fissures de la leucoplasie, dit : « Il existe d'autres ulcérations arrondies de diamètre variable résultant de la perte d'un lambeau de leucoplasie desquamée. »

C'est l'étude de cet ulcère qui va faire l'objet de ce travail, mais pour en bien préciser les caractères différentiels il est utile avant d'aborder son étude de retracer ici celle des autres variétés d'ulcérations leucoplasiques.

Le traitement des ulcérations leucoplasiques relevant avant tout du traitement général de la leucoplasie, nous

étudierons celui-ci dans un chapitre d'ensemble afin d'éviter les redites, et nous indiquerons ensuite les soins particuliers que réclame chaque variété d'ulcération suivant sa nature.

§ 1. — *Fissure*

Symptômes. — C'est une simple crevasse. Il n'y a pas de perte de substance et la mise à nu des tissus profonds résulte de la rupture des couches superficielles, analogues aux fissures que l'on voit se produire dans les kératoses palmaires quelle qu'en soit l'origine. Les caractères de ces fissures sont donc d'être linéaires, avec bords nets, abrupts. La profondeur de ces sillons est variable, elle peut atteindre jusqu'au derme, laissant voir la muqueuse ulcérée et souvent saignante. Il n'y a pas de sécrétion, pas d'induration de base et ces fissures, qui siègent de préférence au niveau des sillons normaux de la muqueuse linguale, affectent plus particulièrement le sillon médian. Ces fissures peuvent être nombreuses, se couper les unes les autres, il en résulte alors une sorte de quadrillage grossier. Enfin, caractère important, ces fissures sont douloureuses. Douloureuses aux mouvements qui sont du reste gênés, la langue ayant perdu de sa mobilité normale, ce qui gêne la parole et la mastication ; douloureuses au contact quel qu'il soit, mais surtout à celui des aliments et particulièrement très douloureuses au contact des épices, du vinaigre, des liqueurs fortes. Ces fissures peuvent être assez profondes et assez larges pour que des parcelles alimentaires puissent y séjourner, ce qui oblige la malade à se

rincer la bouche après chaque repas. Il n'existe pas d'adénopathie.

Anatomie pathologique et pathogénie. — La pathogénie de la fissure peut être considérée en grande partie comme mécanique.

Au bout d'un certain temps, on constate sur la plaque leucoplasique des sillons qui ne sont que l'exagération des plis normaux. Ces sillons résultent de ce que la muqueuse plus rigide à ce niveau par suite de l'épaississement des tissus se prête mal aux mouvements incessants de la langue, et sur cet épithélium altéré, fragile, cassant se produisent des craquelures dont quelques-uns deviennent plus profondes et se transforment en fissures telles que nous les avons décrites.

Ces fissures, dont les examens histologiques sont peu nombreux, paraissent être une déchirure avec lésion inflammatoire des parois ; mais cette inflammation paraît secondaire. Dès que le derme est entamé les microbes interviennent et entretiennent cette ulcération fissuraire.

Evolution, pronostic. — La cicatrisation de ces simples fissures livrée à elle-même est toujours assez lente, cependant le pronostic en serait très bénin comme elle l'est par exemple au niveau de la paume des mains ou au niveau du mamelon, si nous ne savions que l'épithélioma profite de toutes les causes d'irritation pour venir s'y fixer. Donc, pronostic bénin seulement quand elle est récente, car alors elle cède aisément au traitement.

§ 2. — *Ulcère syphilitique*

Symptômes. — Cet ulcère se présente sur une plaque de leucoplasie avec les mêmes symptômes que s'il s'agissait d'une langue non leucoplasique ; il aura donc les caractères ordinaires d'une ulcération syphilitique : c'est un ulcère généralement creux et même très creux, à contours nets, réguliers, géométriques. à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, quelquefois on remarque des bords en talus ou même surplombant. C'est une entamure profonde de grand diamètre dont le fond est tapissé d'un enduit adhérent, jaune, bourbillonneux, sanieux. Cependant, ce fond, après élimination des détritux, peut être presque lisse pendant un certain temps. Autour des bords on remarque ordinairement une petite auréole rouge ; la base est le siège d'une induration manifeste qui est plus ou moins profonde, plus ou moins sèche suivant que la lésion résulte soit de la fonte d'une gomme, soit d'une infiltration en surface, c'est-à-dire de la fonte d'un tubercule.

Il n'y a pas de signes fonctionnels notables, pas de douleur ni à la pression ni au contact des aliments et le malade éprouve seulement un peu de gêne lors des mouvements nécessités par la parole ou la mastication.

Point d'adénopathie malgré une lésion parfois relativement étendue.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Cette lésion syphilitique se caractérise, comme ailleurs, par une infiltration péri-vasculaire et interstitielle très abondante,

beaucoup plus que dans l'ulcère leucoplasique que nous décrirons tout à l'heure. Il existe de l'arthrite, de la phlébite, et l'ulcération est le résultat de la nécrose de ces tissus d'infiltration comme dans toute syphilis ulcéreuse.

Ces ulcérations ont le pronostic de toutes les lésions syphilitiques et cèdent au traitement spécifique, mais à la langue en particulier ces syphilides sont souvent longues à guérir.

§ 3. — *Ulcère épithéliomateux*

Symptômes. — L'épithélioma débute sous deux formes :

1° Dans la forme commune ou papillomateuse on voit se former une végétation épithéliale lenticulaire qui se développe tout d'abord en surface, puis en profondeur, et l'ulcération se fait aux dépens de cette tumeur, quand celle-ci vient à s'ulcérer. L'entamure est très variable, mais ordinairement elle est peu profonde avec contours zigzagüés, festonnés, irréguliers, inégaux, durs, épais, non à pic, mais éversés en bourrelet du côté de la périphérie, anfractueux du côté de l'ulcération. La base est très légèrement indurée au début, plus tard elle le devient franchement et ne tarde pas à être très étendue, hors de proportion avec le degré de l'ulcération, elle est de plus circonscrite, bien limitée.

2° L'autre forme, ou forme interstitielle, est rare, elle débute par une fissure tout à fait comparable à la fissure que nous avons décrite en premier lieu et dont elle ne diffère que par deux caractères : 1° une induration propre,

manifeste, souvent ligneuse, circonscrite, bien limitée ;
2° sa persistance rebelle à tous les traitements et sa tendance à l'accroissement.

L'adénopathie est plus précoce dans cette seconde variété qui est plus grave.

Anatomie pathologique et pathogénie. — On ignore absolument l'étiologie du cancer, mais il est impossible de ne pas être frappé de ce fait que le cancer de la peau et des muqueuses se développe de préférence sur les points irrités et dont la nutrition a été depuis longtemps viciée. C'est ainsi qu'on voit journellement des cancers qui se développent sur des cicatrices, sur de la peau sénile ou encore sur des nævi et comme cette dernière affection la leucoplasie peut être considérée comme une affection précancéreuse.

Sur cette leucoplasie souvent en un point traumatisé par de mauvaises dents se forme la végétation papillaire qui se développe en saillie et en profondeur pour constituer l'épithélioma papillaire. C'est le tissu épithélial qui subit la fonte moléculaire d'où dérive l'ulcération. De fait l'ulcération se fait aux dépens d'un tissu épithélial néoformé et peut entamer le stroma vasculaire très développé à la surface et on sait en effet que ces ulcérations saignent facilement. Profondément, la limite du néoplasme est marquée par un épaissement considérable du tissu conjonctif, très dense, formant une sorte de coque le séparant des tissus voisins.

Cancer interstitiel. — Ici c'est la fissure qui constitue l'irritant nécessaire, c'est elle qui cause l'irritation donnant lieu à la production épithéliale, ou sert de porte d'entrée au virus cancéreux, si tant est qu'il en existe un.

§ 4. — *Ulcère leucoplasique*

Symptômes. — Cet ulcère a des caractères bien particuliers. Il se présente sous forme d'une lésion érosive ou ulcéreuse à surface plane et lisse, caractères importants. Le fond est à peu près de niveau avec la muqueuse voisine, quelquefois un peu saillant, plus souvent légèrement déprimé. La couleur est rouge, rosée ou opaline, quelquefois jaunâtre, pouvant même prendre un aspect diphtéroïde. Les contours sont nets et l'ulcère peut être arrondi ou ovalaire ; mais souvent il a une forme irrégulière et ses bords sont alors représentés par des lignes courbes *convexes du côté de l'ulcération*, ce qui, suivant les cas, lui donne la forme d'une étoile, d'une raquette, etc. Cette forme même, avec ces prolongements, résultant de l'intersection des segments de cercle, constitue un caractère important de ce genre d'ulcération ; mais ce qu'il y a de spécial et ce qui constitue le point important de notre étude, c'est que cet ulcère est bordé à la périphérie par un *fin sillon qu'on dirait tracé avec la pointe d'une aiguille*, et c'est ce sillon de circumvallation qui constitue le caractère principal, *pathognomonique*, peut-on dire, de notre ulcère leucoplasique.

Lorsqu'on tend à ce niveau les tissus, préalablement détergés, en cherchant à écarter les lèvres du sillon, on voit qu'il mesure 1 ou 2 millimètres de profondeur, il est donc bien visible à l'œil ou tout au moins à la loupe.

Il existe sur tout le tour de l'ulcère ou seulement sur une certaine partie du pourtour.

La base n'est point indurée et les doigts ne rencontrent pas d'autre résistance que celle qui résulte de l'infiltration de la plaque leucoplasique elle-même. L'étendue de l'ulcère varie d'ordinaire entre les dimensions d'un grain de blé et celle d'une lentille ; mais dans une observation de Bazin que nous trouvons reproduite dans la thèse de M. Debove et qui semble s'y rapporter, les dimensions de l'ulcération auraient égalé celles d'une pièce de 0 fr. 20.

Ajoutons que l'ulcération est à peine douloureuse, tout au plus existe-t-il une légère sensation d'irritation qui attire l'attention des malades soigneux et leur fait constater leur lésion. On ne remarque jamais aucun suintement à sa surface, même quand on presse sur les bords.

Neus n'avons jamais rencontré la moindre adénopathie.

La *marche* de cette lésion est remarquable par la lenteur avec laquelle se fait la guérison. On peut voir ces ulcérations planes durer des semaines, des mois, parfois des années et il y en a même qui ne guérissent pas. Plus souvent l'ulcération guérit, mais la rechute et la récurrence se fait incessamment au même point. Il semble que la vitalité des tissus soit trop altérée pour permettre une guérison solide.

Le *diagnostic* ne se pose qu'avec les autres variétés d'ulcérations déjà étudiées. Cependant, comme M. Brocq a vu des malades atteints de leucoplasie prendre la syphilis on peut concevoir qu'un chancre put se développer sur une muqueuse leucoplasique et prêter un instant à confusion

Le diagnostic se ferait grâce aux caractères ordinaires du chancre syphilitique : érosion orbiculaire sans bords avec fond couleur chair musculaire ou grisâtre à base parcheminée et en général de plus grandes dimensions que notre ulcère ; mais c'est surtout l'adénopathie toujours absente dans l'ulcère leucoplasique et l'évolution qui feraient aisément faire ce diagnostic tout à fait d'exception dont nous ne connaissons du reste point d'exemple.

L'*anatomie pathologique* de l'ulcère leucoplasique présente des caractères tout à fait spéciaux. Sur toute son aire l'épiderme est absent. La surface est formée par une couche fibrineuse avec leucocytes mortifiés ; au-dessous sont des leucocytes vivants, dans des tissus analogues à ceux d'un bourgeon charnu ; plus bas, on tombe sur du tissu scléreux qui est à la base de toute leucoplasie.

Le sillon pathognomique doit attirer particulièrement l'attention : à ce niveau on voit l'épithélium des bords *s'infléchir* sur le versant externe du sillon, puis *s'arrêter* avant le fond du sillon. Sous cet épithélium des bords existe une inflammation modérée et on y trouve des vaisseaux sanguins, les uns dilatés, les autres à parois épaisses ; en somme des lésions d'endopérivasculite avec comme en pareil cas des vaisseaux dilatés dont la paroi n'est pas épaissie. Il en est de même dans la partie scléreuse qui est au-dessous de l'ulcération.

Quant à l'*étiologie* et à la *pathogénie* de cet ulcère, il ne nous est pas possible de l'établir encore, et nous ne pouvons que nous livrer, d'après l'analyse de nos observations, à une critique des différentes hypothèses que l'on doit envisager.

Il vient tout d'abord à l'idée qu'il peut s'agir d'une simple lésion mécanique due au frottement d'une aspérité dentaire sur une muqueuse déjà altérée. Mais si dans trois de nos observations l'ulcère s'est rencontré chez des gens dont la dentition était défectueuse et occupait le bord où le voisinage des bords de la langue, nous voyons que dans l'observation II en particulier, l'ulcère siège sur la ligne médiane de la face dorsale, assez loin pour que, grâce au manque de mobilité de cet organe, l'ulcère ne puisse, même dans le mouvement de propulsion de la mâchoire inférieure, venir se mettre au contact des incisives, d'ailleurs parfaitement saines. De plus, dans l'observation I, nous voyons que l'ulcère n'a pas guéri après ablation de la dent incriminée, et lorsque l'ulcère leucoplasique coexiste avec des ulcérations mécaniques (obs. V) il s'en distingue à première vue par les caractères que nous avons déjà indiqués et dont le plus typique est certainement la présence du sillon de circumvallation.

Peut-on admettre qu'il s'agit d'infection buccale ? certainement non. La lésion n'est pas douloureuse, ne s'accompagne d'aucun suintement à sa surface tout au plus se recouvre-t-elle parfois d'un léger enduit blanchâtre commun à toutes les ulcérations de la bouche ; l'ulcération est le plus souvent unique et nous n'en avons jamais rencontré plus de deux à la fois, ce qui constitue déjà une exception ; et il n'y a jamais la moindre adénopathie.

Presque tous nos malades étant syphilitiques, on ne manquera pas d'objecter et on nous a déjà objecté qu'il s'agit là d'une simple lésion syphilitique. Mais outre que tous nos malades ne sont pas syphilitiques, il nous est bien

permis de nous refuser à imputer à la syphilis une lésion qui ne présente aucun des caractères communs aux lésions syphilitiques. Cliniquement elle en diffère, par la teinte, la forme, le contour. De plus, elle apparaît seule, nous ne l'avons jamais vue coexister avec une autre manifestation syphilitique, et elle est très rare, alors que les syphilides de la bouche sont très fréquentes. Si au point de vue anatomo-pathologique elle présente des lésions d'endartérite rappelant celles de la syphilis, la présence d'un sillon circonférentiel avec inflexion de l'épithélium sur le versant externe lui est bien particulier. Enfin, elle diffère encore des lésions syphilitiques par son évolution. Tandis que les lésions syphilitiques guérissent seules ou avec l'aide du traitement et ne récidivent pas sur place, l'ulcère leucoplasique peut persister sans changement pendant des mois ou des années et récidive incessamment au même endroit ou dans une région très limitée.

Cette marche essentiellement chronique et cette tendance si marquée à la récurrence, nous conduisent tout naturellement à comparer notre lésion à un mal perforant, et à chercher parmi les conditions étiologiques propres à ce dernier.

La théorie nerveuse de Duplay et Doyon qui est en cause dans les quatre cinquièmes des maux perforants, ne semble pas pouvoir être incriminée ici. Rien ne nous autorise en tous cas à supposer une altération du nerf lingual.

Le tabes n'est relevé que dans une seule de nos observations (obs. III); dans tous autres cas les réflexes tendineux et le réflexe pupillaire à la lumière étaient conservés,

il ne s'agit donc bien là que d'un cas isolé. De même pour le diabète et l'alcoolisme.

Un seul de nos malades a présenté du sucre et cela en petite quantité et d'une façon toute passagère.

Enfin un seul de nos malades aussi était manifestement alcoolique.

Reste la théorie athéromateuse du mal perforant soutenue par Péan, Nicaise et ses élèves d'après laquelle l'artérite serait la cause des lésions. Or, d'après l'anatomie pathologique, nous voyons en effet que l'ulcère leucoplasique paraît résulter de la mauvaise irrigation sanguine à laquelle vient se surajouter l'infection banale. Par là, la lésion se rapproche de l'ulcère de jambe qui se présente avec des bords calleux, une base calleuse, et qui lui-même dépend d'une sclérose avec périvasculite.

CHAPITRE III

Traitement

Chez tout malade atteint de leucoplasie il faut avant tout proscrire l'usage du tabac et il va de soi que cette règle s'impose doublement dès qu'apparaît sur la plaque une ulcération quelle qu'elle soit.

Les soins de la bouche doivent être des plus minutieux. On s'assurera qu'il n'existe pas d'aspérité dentaire, auquel cas on ferait limer ou enlever le chicot; ou bien encore obturer la dent si cela était encore possible. Les appareils prothétiques doivent être bien faits, retirés la nuit et aussi entre les repas quand les convenances ne s'y opposent pas. Les dents seront brossées, non seulement matin et soir, mais encore après les repas. L'on se servira de préférence des poudres savonneuses, des pâtes alcalines et on ne fera pas usage des dentifrices forts, en particulier ceux qui sont à base de menthe et qui sont irritants. Pour les mêmes raisons on évitera l'usage des épices, du vinaigre, de la salade, de l'alcool.

Les bains de bouche avec les décoctions de guimauve, de camomille, de pavot, d'orge, de graines de lin, ou de feuilles de coca à 2 0/00 ne doivent pas être négligés et

le malade doit en faire usage plusieurs fois par jour. Certains vantent les décoctions d'airelle et de myrtille.

L'eau de Vichy, tiédie au bain-marie et additionnée de borate de soude, est également à recommander pour le même usage. Mais c'est l'eau de Saint-Christeau (Arceaux) qui depuis Bazin passe pour être la plus efficace ; le malade devra donc en faire usage sous forme de bains de bouche ; de plus, il pourra en porter toujours avec lui un flacon, ce qui lui permettra de se rincer la bouche fréquemment, et si cela est possible on l'enverra faire une cure sur place. L'eau de Challes jouit également d'une réputation méritée.

La liste des topiques employés est très longue, chaque auteur, peut on dire, a sa méthode ; étant donné le caractère rebelle de la maladie, il convient cependant d'indiquer les principaux ; nous citerons donc :

L'acide salicylique à 1/10, l'acide lactique, l'acide chromique à 1/100 ;

Le nitrate acide de mercure, le protonitrate de mercure ;

Le bichromate de potasse vanté par M. Gaucher, la papaïotine, le chlorure d'or, qui sont surtout à employer dans les cas de plaques anciennes et épaisses qu'on badigeonnera tous les trois ou quatre jours.

Dans les cas plus légers il est préférable d'avoir recours à la résorcine en solution alcoolique, aux huiles de cade ou de bouleau pures et non brûlées, à la pâte de bismuth (Brocq) qui pourront être d'un usage quotidien.

Le baume du Pérou, la glycérine étendue d'eau de chaux nous paraissent particulièrement indiquées quand la leucoplasie est sous le coup d'une poussée aiguë.

S'il s'agit de leucoplasie vulvaire, on aura recours à des tampons imbibés des mêmes substances.

« La radiothérapie énergiquement poussée compte à son actif quelques guérisons et un très grand nombre d'insuccès. » (Darier.)

Dans les cas invétérés on peut être amené à recourir au grattage à la curette, à la rugination ou même à la décortication à l'aide du bistouri ou du thermocautère. Il serait bon alors d'agir en plusieurs séances et de ne traiter chaque fois que des espaces limités.

Comme traitement général on recommande l'arsenic, comme dans toutes les affections cutanées. La régularité des fonctions digestives sera assurée et l'on s'attachera en particulier à combattre la constipation susceptible de retentir d'une façon fâcheuse sur la muqueuse bucco-linguale, mais le traitement général le plus efficace sera le traitement antisypilitique : la leucoplasie étant dans 80 0/0 des cas d'origine syphilitique.

Quant aux soins particuliers qui conviennent aux leucoplasies ulcérées, ils varient avec chaque genre d'ulcération.

Au cas de fissure simple le traitement consiste à éviter les mouvements de la langue dans la mesure du possible. On recommandera au malade de parler peu, d'éviter de mâcher des corps durs et de se contenter d'une alimentation liquide ou demi-liquide telle que purées, crèmes, riz, laitages, etc., en tous cas on défendra l'usage de la salade, des mets épicés et jusqu'au vin pur qui est souvent douloureux et mal supporté. Il est permis, si la fissure est récente, si sa base est bien souple, d'y passer le

crayon au nitrate d'argent comme désinfectant superficiel et comme favorisant la cicatrice. L'acide chronique est d'un usage bien plus délicat, mais des attouchements, assez espacés et très superficiels, tels qu'on peut en faire à l'aide d'un bout d'allumette taillé et très légèrement imbibé, peuvent hâter la réparation. Il est de plus tout à fait indiqué, si l'on a le moindre soupçon de syphilis, de faire un traitement antisypilitique pour amener dans la mesure du possible le travail de sclérose incessant qui se fait dans les tissus sous-jacents à la leucoplasie.

Cette ulcération fissuraire guérit généralement en une semaine.

En face d'une ulcération à caractères nettement sypilitiques, le traitement spécifique à haute dose devra être institué sans retard.

L'iodure de potassium est déconseillé par M. Gaucher comme nuisible et par M. Debove comme souvent douloureux. Il semble bien établi qu'à lui seul il soit impuissant, cependant M. Brocq dit « que quelques malades qui ne peuvent supporter le traitement mercuriel se trouvent parfois assez bien de doses moyennes d'iodure données par courtes périodes de huit à douze jours ». Mais en général, c'est au traitement mercuriel ou au traitement mixte que l'on aura recours. Ce sont les injections intra-fessières qui constituent le procédé, c'est de préférence au calomel et à son défaut aux sels solubles que l'on doit s'adresser. Nous devons reconnaître cependant que la réparation est ici très lente et l'on pourrait instituer avec avantage un traitement local dont nous indiquerons plus loin la technique ; nous préférons ce procédé à celui pré-

conisé par M. Hallopeau au Congrès de Lisbonne, (1906), qui consiste à faire absorber le mercure sous forme de capsules renfermant chacune 0 gr. 001 de sublimé et dont le malade peut absorber 10 ou 20 selon son degré de tolérance.

Localement on pourrait encore faire des attouchements à la teinture d'iode pour amener la désinfection, l'élimination plus rapide des tissus mortifiés et le bourgeonnement des tissus voisins.

Bien que le traitement s'adresse ici à la cause même de la lésion, on devra apporter des soins constants au nettoyage de la bouche, afin de prévenir la stomatite menaçante.

Ces prescriptions que nous avons déjà indiquées devront être appliquées d'une façon particulièrement sévère à cause de l'altération plus considérable des tissus et du peu de tendance à la guérison que nous avons signalés. Pour cette même raison on devra éviter aussi de faire usage d'antiseptiques. Et lorsque la guérison sera obtenue, que l'ulcère sera enfin fermé, il faudra obtenir encore du malade des soins minutieux d'hygiène buccale et l'abstention totale du tabac à cause de la récidence qui est la règle et se fait souvent à brève échéance.

Mais cette altération paraît souvent rester stationnaire et cela même chez les sujets chez qui la leucoplasie reconnaît une origine syphilitique et chez qui il a été pratiqué des injections de sels mercuriels solubles ou insolubles. C'est pour cette raison que M. Darier a proposé en pareil cas les injections interstitielles locales de sels mercuriels, méthode rationnelle qui a donné déjà des résultats

encourageants dont la plupart ont été publiés récemment par notre ami M. Hamel (1) interne dans le service de M. Darier.

Bien que ces injections locales de sels mercuriels très dilués ne diffèrent pas à la langue de celles que l'on pratique dans d'autres régions du corps, comme cette méthode est encore peu répandue nous croyons utile d'en indiquer la technique.

On se sert pour cela d'une seringue de Luër ou de Pravaz munie d'une aiguille courte et très fine, soigneusement bouillie et d'une solution isotonique de cyanure de mercure à 1/3000 additionnée d'une solution de stovaïne à 1/200. La langue est attirée hors de la bouche à l'aide d'une compresse qui permet de la tenir solidement, on fait pénétrer l'aiguille à quelques millimètres du bord de l'ulcère, on la pousse horizontalement de manière à amener son extrémité à un ou deux millimètres au-dessous du centre de l'ulcère et l'on injecte alors quelques gouttes de liquide. Cette injection doit être faite très lentement à cause de la sclérose des tissus qui se laissent facilement dissocier. Grâce à la stovaïne, cette injection est très peu ou pas douloureuse, mais il ne faut pas essayer de faire pénétrer comme on serait tenté de le faire un centimètre cube ou un demi-centimètre cube de la solution, car la distension des tissus est alors douloureuse et l'on risque de voir se déchirer les tissus friables qui forment le fond de l'ulcère et le séparent de l'aiguille. Le liquide d'un goût très désagréable se répand alors dans la bouche et l'ulcération se trouve agrandie.

1. Hamel. *Annales de Dermatologie*, mai 1908, p. 287.

Quant à l'ulcère épithélial, il ne vient à personne l'idée de discuter la nécessité d'une excision aussi complète que possible toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une fissure suspecte. Comme cette excision doit être très largement faite, surtout lorsque la langue est atteinte de plaques multiples de leucoplasie à cause des récidives qui se produisent à distance, il est des cas difficiles où il sera avantageux de faire une biopsie avant de faire subir au malade une mutilation considérable. Cette méthode telle qu'elle a été réglée par M. Darier est trop sage et trop inoffensive pour que nous nous arrêtions à la défendre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

M^{me} S. J..., soixante-sept ans, syphilitique depuis 1867, soignée assez irrégulièrement à l'aide de pilules, présentant une leucoplasie assez accentuée de la langue. Sur cette leucoplasie est apparue au voisinage d'un des bords de la langue une ulcération en regard d'une dent malade. On pense à une ulcération dentaire, mais la dent arrachée l'excoriation ne guérit pas.

. 22 février 1908. — Elle entre à l'hôpital Broca, elle présentait sur la face dorsale près du bord gauche en regard de la première molaire arrachée une petite ulcération à fond lisse et plat, de niveau avec le reste de la muqueuse linguale. Une pellicule diphtéroïde recouvre cette ulcération qui, détergée, présente une coloration légèrement opaline. Les bords sont assez réguliers, l'un d'eux est convexe du côté de l'ulcération, dans son ensemble l'ulcération a une forme polygonale, son pourtour est délimité par un fin sillon linéaire surtout marqué en avant. La leucoplasie est surtout marquée au voisinage de l'ulcère ; d'autres plaques leucoplasiques existent au niveau des commissures. Pas d'adénopathie.

On pratique 7 injections de 1 centimètre cube de biiodure de mercure, 7 injections d'huile grise de 0 cmc. 07 par

1. Cette observation prise en compagnie de M. Hamel a été publiée par lui dans les *Annales de Dermatologie*, (1908).

injection et l'on soumet aussi la malade au traitement des injections locales.

28 février. — Première injection de cyanure de mercure stovaine, aucune douleur.

1^{er} mars. — Nouvelle injection, quelques heures après réaction inflammatoire marquée, on craint un abcès.

3 mars. — Le nodule inflammatoire est très affaissé, indolore, sans sensation de tension. L'ulcération est très modifiée, elle est transformée en une érosion superficielle nettement limitée sans sillon périphérique. C'est une pastille brillante déposée sur la muqueuse.

9 mars. — La guérison est complète.

OBSERVATION II

M. B..., quarante-cinq ans, garçon marchand de chevaux, jadis grand fumeur et grand buveur, a eu la syphilis à dix-neuf ans et présente en plus de fortes adhérences pleurales, suite d'une très ancienne pleurésie. Il dit avoir remarqué depuis une quinzaine d'années une certaine gêne des mouvements de la langue qui l'incommodait du reste assez peu, mais il avait fréquemment des accidents buccaux localisés à la langue. Accidents pour lesquels il a été soumis à un traitement mercuriel.

Ce malade raconte que par places sa langue devenait rouge et lui cuisait quand il faisait usage de mets épicés, de cognac et autres liqueurs fortes. Le vin pur était lui-même parfois trouvé désagréable, mais cela assez rarement et pendant des périodes de courte durée.

Actuellement la langue est dans son ensemble manifestement atrophiée et dépasse peu les arcades dentaires quand le malade

cherche à la tirer au dehors. Dans ce mouvement la pointe se recourbe en haut et la partie antérieure de la langue se creuse en cupule. La perte de souplesse de l'organe est telle que la parole en est gênée.

On aperçoit au niveau du tiers antérieur du sillon médian de la langue une ulcération qui a la forme et les dimensions d'un pépin de courge, plane, lisse, de teinte opaline, avec deux ou trois petits points plus rouges tranchant sur la couleur pâle du voisinage. Cette ulcération qui est de niveau avec la muqueuse est séparée de celle-ci par un très fin sillon bien visible sur tout le pourtour, sauf du côté externe où il est très peu marqué, mais existe cependant.

Tout le dos du segment antérieur de la langue est atteint de leucoplasie légère qui est plus accentuée au voisinage de l'ulcère, et celui-ci est comme encerclé par une auréole d'un blanc mat.

En arrière la langue présente des sillons en zigzags très marqués, mais il n'existe aucune fissure.

Sur le tiers antérieur de la langue la muqueuse est rouge, violacée par places avec des papilles fongiformes saillantes.

Cette partie de la langue non envahie par la leucoplasie est douloureuse au contact des substances irritantes.

Les dents sont à peu près au complet, 2 manquent seulement à la mâchoire supérieure et vu le peu de mobilité de la langue, l'ulcération ne peut être de ce fait soumise à des frottements.

Il n'existe pas d'adénopathie.

Les réflexes sont normaux.

Cet ulcère est ancien, mais ce malade qui présente outre ses lésions pleurales des troubles cardiaques et rénaux accentués,

attache peu d'importance à ses lésions linguales et ne peut donner à ce sujet de renseignements précis.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. Darier.)

X..., quarante-deux ans, grand tabétique, ataxie, arthropathie, douleurs fulgurantes, troubles vésicaux, ayant eu la syphilis il y a dix-huit ans environ, présente sur la langue, depuis un temps qu'il ne peut déterminer, une ulcération du bord droit de cet organe ayant les caractères suivants :

Ulcération à fond plat et uni, avec bord postérieur élevé en bourrelet un peu induré, bord antérieur de niveau avec la langue, sans induration. Au delà de ce bord antérieur, surface leucoplasique peu prononcée, pas de leucoplasie ailleurs, pas d'adénopathie.

Le diagnostic se pose entre : ulcère syphilitique, épithélioma ulcéré, ulcère leucoplasique.

Contre le diagnostic d'ulcère syphilitique, il y a le fait que ce n'est pas une entamure vraie de la muqueuse, qu'il n'y a point de sécrétion purulente.

L'épithélioma, en raison du bourrelet induré, peut être soupçonné; toutefois on remarque que celui-ci correspond à la lacune d'une dent (deuxième prémolaire) et que l'ulcère s'appuie sur la dent antérieure (première prémolaire).

Le diagnostic d'ulcère leucoplasique, posé par M. Darier, s'appuie sur la surface lisse et surtout sur le fin sillon tracé à l'aiguille qui sépare la surface rouge d'avec le rebord leucoplasique.

En raison du doute que suggérait ce bourrelet, induré en arrière, on a pratiqué une biopsie comprenant toute l'épaisseur du bourrelet et entamant légèrement l'érosion.

Sur les coupes : absence complète de lésions épithéliales et très mince dépression entre l'épiderme et la surface de l'érosive dépourvue complètement d'épithélium.

Les tissus sous-jacents sont scléreux avec vaisseaux dilatés, et il existe très peu d'infiltration cellulaire en raison du traitement anti-syphilitique qui a été pratiqué.

Dans ce cas donc la clinique et l'histologie permettent d'affirmer le diagnostic.

OBSERVATION IV (Malade de M. Darier.)

M. G..., quarante ans, ingénieur. Syphilitique à vingt-cinq ans, sérieusement et régulièrement traitée. Début des lésions linguales il y a environ trois ans. Ces lésions consistent en une ulcération allongée revêtant différents aspects, tantôt en semelle de chaussure, quelquefois en raquette, quelquefois en virgule, etc. Elle n'a pas guéri complètement malgré les piqûres d'huile grise et les applications locales d'azotate d'argent de teinture d'iode et aussi dit-il de « picrate de potasse ».

Novembre 1897. — On constate une zone de sclérose à surface blanche sur le côté droit de la langue ; les bords en sont diffus et au centre on remarque une ulcération dont les bords sont à pic en falaise avec plateau central diphtéroïde. On pratique une biopsie qui montre qu'il n'existe aucune prolifération de l'épithélium qui est abrupt, coupé sur le bord du sillon qui entoure l'ulcère. Dans cet épithélium on remarque des granulations d'éléidine disséminées ; dans les papilles et dans le derme, des vaisseaux très dilatés, sclérosés, entourés de cellu-

les plasmatiques flétries. Il n'existe aucune lésion d'apparence syphilitique ou tuberculeuse. On note une infiltration cellulaire discrète autour du sillon, le plateau de l'ulcération a une surface pseudo-membraneuse avec leucocytes en dégénérescence. Il s'agit donc bien là d'un ulcère trophique par sclérose analogue aux raghades des glossites ou des kératites et aux ulcères de jambe.

Trois jours après la biopsie, on fait à l'aide du galvano-cautère une cautérisation du plateau et du rebord du sillon sur 1 millimètre d'étendue. Après deux semaines l'état est stationnaire, il n'y a pas de guérison.

Quinze et vingt jours plus tard on refait une deuxième et une troisième cautérisation et un mois après on ne constate pas davantage de guérison. Disons qu'entre temps le malade avait pris de l'iodure de potassium à la dose de 1 à 3 grammes par jour.

On fait alors 3 injections de calomel, après la première on constate une diminution de moitié ; après la deuxième la guérison est complète.

Trois mois après, le malade ayant beaucoup fumé, il se fait une récurrence qui guérit rapidement à la suite de nouvelles injections de calomel.

Toutes les fois que le malade prend de l'iodure de potassium il éprouve de la céphalée, de la diarrhée, la bouche s'enflamme et l'ulcération reparaît. Depuis dix ans l'ulcération reparaît ainsi tous les deux à trois mois et guérit habituellement en trois à quatre jours, grâce à l'application de glycérolé d'amidon qui donne ici de bons résultats. Tous les deux ans le malade est soumis à des piqûres d'huile grise.

Il est atteint d'entérite muco-membraneuse et a présenté à

certain moments une glycosurie passagère ne dépassant pas 2 à 3 grammes par litre et qui a disparu rapidement sous l'influence du régime. Les réflexes sont intacts.

Actuellement l'on trouve sur les bords de la langue deux taches de sclérose à surface blanc grisâtre, un peu déprimées avec bords mal arrêtés.

Sur la plus grande partie de ces taches se trouve une ulcération quadrangulaire mesurant environ 0 m. 004 de long sur 0 m. 003 de large.

On fait une injection locale avec III gouttes de solution de cyanure de mercure.

Revu au mois de janvier suivant, ce malade ne présente aucune ulcération à la langue. Celle-ci présente à la place de l'ulcération une petite cicatrice blanchâtre. D'autres cicatrices semblables existent sur la langue, on en compte 5 ou 6 mais elles sont dues à des ulcérations antérieures.

Le malade raconte que l'ulcération que nous avons constatée est guérie une dizaine de jours après l'injection locale de cyanure de mercure.

OBSERVATION V

M. Abel G..., menuisier, âgé de trente-sept ans, grand fumeur, présente une adénite sous-mentale du volume d'une petite noix et très douloureuse.

Il existe une leucoplasie très accentuée de la langue, des commissures, et des lèvres, mais la langue a conservé à peu près toute sa souplesse et sa mobilité.

Les dents sont au complet, sauf une incisive qui manque à la mâchoire inférieure, mais les gencives sont en mauvais état, il

existe un liséré saturnin et le malade a eu des coliques de plomb.

Ce malade présente, au niveau de l'extrême pointe de la langue, plusieurs érosions très allongées verticalement mais peu profondes. Toutes ces ulcérations, au nombre de 4 ou 5 se ressemblent. Elles sont très peu profondes et leur fond lisse présente une teinte blanc jaunâtre. L'une d'elles plus accentuée que les autres se trouve au niveau de la dent absente et est due très vraisemblablement aux frottements de la langue sur la dent suivante.

Mais le malade présente en outre sur le dos de la langue une ulcération plus grande encore que la précédente, beaucoup plus large, presque arrondie, plate, de niveau avec la muqueuse. La couleur plus pâle que celles des ulcérations de la pointe, elle est bordée par un très fin sillon bien visible seulement du côté externe. Cette ulcération était ignorée du malade qui prétend qu'elle doit être de date assez récente. Elle est peu douloureuse, en tous cas elle l'est moins que celles de la pointe qui avaient seules attiré l'attention du malade.

Ce malade nie la syphilis et on n'en trouve pas de traces. On remarque seulement une inégalité pupillaire avec déformation triangulaire de la pupille, mais le réflexe à la lumière ainsi que les réflexes tendineux sont conservés.

Tout récemment nous avons vu à la Pitié un malade présentant une tuméfaction de la région sus hyoïdienne médiane. M. Arrou qui avait vu le malade au début, en faisait une inflammation d'une des glandes du plancher de la bouche. Toutefois cette tumeur médiane dure, mobile, nous a bien paru être une adénite dont le point de départ siégeait au niveau de petites ulcérations verticales situées à la pointe de la langue, ulcéra-

tions en tout point semblables à celle que nous avons signalé dans l'observation précédente. Ici aussi manquait une incisive latérale à la mâchoire inférieure.

Le malade qui était syphilitique et fumeur présentait une leucoplasie très accentuée des lèvres et de la langue, et on remarquait du côté gauche une petite ulcération ne dépassant pas les dimensions d'un grain de blé dont la couleur légèrement rosée tranchait sur la couleur blanche voisine.

Le sillon marginal était difficile à voir et faute de loupe nous n'avons pu nous en faire une idée bien nette, mais il nous a semblé exister tout au moins sur un point.

Dans ces deux observations, l'adénite de par son siège paraît bien être causée par les ulcérations d'ordre traumatique qui siégeaient à la pointe de la langue et non à l'ulcération leucoplasique.

OBSERVATION VI

M^{me} S. B..., cinquante-cinq ans, entrée à la Pitié pour un fibromyome utérin énorme, présente en outre une leucoplasie légère de la langue avec une ulcération sur la moitié gauche de la langue. Cette ulcération très rétrécie en son milieu présente la forme d'un sablier dont la partie large aurait les dimensions d'une graine de lin. Cette ulcération résulterait au dire de la malade de la fusion de 2 ulcérations voisines.

Toujours est-il que cette ulcération lisse, unie, pâle, sans profondeur, présente tous les caractères de nos ulcérations leucoplasiques et le sillon circonférentiel est ici bien marqué surtout au niveau de la partie rétrécie.

La langue est souple, il n'y a pas d'adénopathie.

La douleur n'existe pas ou à peine.

La malade ignore si elle a été syphilitique, elle n'en porte aucune trace, n'a jamais été traitée pour cela, n'a jamais fait de fausses-couches, et a eu 9 enfants dont 7 ont été élevés et sont bien portants. Les 2 morts en bas âge paraissent avoir succombé l'un des suites d'une rougeole compliquée, l'autre de méningite.

Les urines de la malade contiennent 2 grammes d'albumine par litre. Ne pouvant être opérée dans cet état, la malade demande à revenir chez elle où nous avons appris qu'elle avait succombé quelques jours plus tard.

OBSERVATION VII

X..., cocher, d'écurie, fumeur présente une leucoplasie très marquée de la langue et des lèvres ainsi que des commissures labiales, à droite il existe sur la langue 2 ulcérations d'aspect semblable et distantes de 2 centimètres environ, la postérieure la plus volumineuse de beaucoup est arrondie, large comme la base d'un crayon, cette ulcération très légèrement cupuliforme est bordée par un sillon très net sur toute sa circonférence, le fond est lisse, l'aspect rosé tranche très nettement sur la teinte blanche du voisinage. Il n'y a pas d'adénopathie. L'ulcération principale a débuté il y a au moins trois mois.

Cet homme qui avait été autrefois gaveur de pigeons à Milan pendant fort longtemps, attribuait volontiers ces lésions à son ancien métier, bien qu'il n'ait jamais vu ni entendu dire qu'aucuns de ses compagnons ait eu des accidents semblables.

Cette ulcération est trop typique pour que nous hésitions à porter le diagnostic d'ulcère leucoplasique.

Ce malade âgé de quarante-trois ans ne sait s'il a eu la syphilis, il a eu plusieurs chancres dont plusieurs ont été diagnostiqués chancres mous, mais tous n'ont pas été vus par le médecin et il persiste une adénopathie inguinale des plus suspectes. Il existe aussi quelques ganglions indurés au niveau de la chaîne du trapèze.

OBSERVATION VIII

M. P. P..., cinquante-deux ans, naguère grand fumeur de pipes, bien qu'il ait cessé complètement aujourd'hui l'usage du tabac. Assez soigneux de sa personne, il nie de bonne foi la syphilis qu'aucun signe ne permet de dépister chez lui. Il n'y a pas de macules cutanées, pas ou peu d'adénopathie inguinale et du cou. Ce malade présente une leucoplasie très accentuée de la plus grande partie de la muqueuse buccale, notamment des lèvres et de la langue ; sur celle-ci se trouve une ulcération en croissant dont une des cornes empiète sur le raphé. Cette ulcération de niveau avec la muqueuse voisine est lisse avec une teinte opaline, elle est bordée par un sillon de circumvallation surtout marqué au niveau de la concavité. Comme les précédentes, cette ulcération est très peu douloureuse, il n'existe pas d'adénopathie. Cet ulcère au dire du malade qui se soigne et s'observe bien, aurait déjà existé à la même place et se serait fermé après trois mois d'un traitement par les bains de bouche, la guérison aurait duré plus de six mois, l'ulcération actuelle date d'une douzaine de jours seulement.

CONCLUSIONS

1° A côté des trois ordres de lésions ulcéreuses connues pouvant se développer sur les plaques de leucoplasie : fissure simple, ulcération syphilitique et cancer, se place une quatrième variété à laquelle nous donnons le nom d'ulcère leucoplasique ;

2° Cet ulcère, qui n'a jamais été décrit jusqu'ici, mérite une place à part, car il présente des caractères bien particuliers.

a) *Cliniquement*, il s'agit d'une ulcération dont les caractères principaux sont d'être une ulcération plane, avec fond lisse, non suintant, légèrement rose ; de présenter des bords généralement arrondis, parfois irréguliers ; mais surtout d'être circonscrite sur tout son pourtour par un sillon de circumvallation dont nous faisons un caractère pathognomonique. De plus, cette ulcération quasi-indolore ne s'accompagne jamais d'adénopathie :

b) *Histologiquement* on voit, au niveau du sillon, l'épithélium de la muqueuse s'infléchir sur le versant externe du sillon sans toutefois atteindre le fond, et sous l'ulcère le derme présenter des lésions d'endopérivasculite ;

c) La *marche* de l'affection est bénigne, mais des plus chroniques, et la récurrence est de règle, ce qui semble rapprocher cet ulcère des maux perforants ;

d) *L'étiologie et la pathogénie* n'ont pu être établies. D'après nos observations, il semble que la cause principale soit l'endartérite entraînant une mauvaise nutrition des tissus qui détermine à son tour la chute de l'épithélium hyperkératinisé. Ceci indépendamment des causes secondes particulières à chaque cas ;

3° Le diagnostic de cet ulcère est facile, grâce à la présence du sillon qui entoure son pourtour. La constatation de ce sillon permet d'exclure l'idée d'épithélioma qui doit se présenter à l'esprit de tout médecin, chaque fois qu'il se trouve en présence d'une leucoplasie ulcérée ;

4° L'existence même d'une ulcération limitée à une partie du pourtour de cet ulcère ne doit point faire porter un diagnostic prématuré de cancer et conduire à une intervention sérieuse ; toutefois la gravité de ce dernier est telle que la biopsie s'impose comme un devoir toutes les fois que l'on conçoit des doutes ;

5° Le traitement de l'ulcère leucoplasique est ingrat : les injections locales de cyanure de mercure ne nous ont pas paru hâter la guérison d'une façon bien évidente ; mais il semble en revanche que ces injections assouplissent les tissus, combattent les récidives et à ce titre paraissent devoir être conseillées.

Vu : le président de la thèse
RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD



